

Resumen ejecutivo

- Hasta el 20 de agosto 2021, fueron notificados 210.112.064 casos acumulados confirmados de COVID-19 a nivel global, incluyendo 4.403.765 defunciones, de los cuales 39% de los casos y 47% de las defunciones fueron aportadas por la región de las Américas.
- Aunque la subregión de América del Sur siguió contribuyendo con la mayor proporción de casos mensuales (54,6%) y de defunciones (79,8%) en el mes de julio en la Región de las Américas, se ha observado una tendencia al descenso, por primera vez desde febrero 2021. Paralelamente, se ha observado un incremento del 233% de casos en la subregión de América del Norte en comparación con el mes anterior.
- Hasta el 20 de agosto del 2021, Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, los Estados Unidos de América, Guayana Francesa, Guadalupe, Guatemala, las Islas Caimán, Martinica, México, Panamá, Puerto Rico, Sint Maarten, Suriname, y Uruguay han detectado las cuatro variantes de preocupación.
- Entre los pueblos indígenas de 18 países de las Américas, se notificaron 604.264 casos, incluyendo 15.027 defunciones.
- Un total de 24 países y territorios notificaron 7.030 casos confirmados acumulados de Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (SIM-P) que coincide cronológicamente con la COVID-19, incluidas 138 defunciones.
- Con relación a los trabajadores de la salud, 39 países y territorios notificaron 1.792.212 casos, incluidas 10.302 defunciones.

Tabla de Contenido

Contexto.....	- 2 -
Resumen de la situación global	- 3 -
Resumen de la situación en la Región de las Américas	- 4 -
Aspectos destacados.....	- 5 -
I. Variantes de SARS-CoV-2.....	- 5 -
II. COVID-19 en adultos mayores (población de 60 años y más).....	- 10 -
III. COVID-19 durante el embarazo	- 11 -
IV. COVID-19 en pueblos indígenas.....	- 16 -
V. COVID-19 en población menor de 20 años	- 17 -
Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (SIM-P) que coincide cronológicamente con la COVID-19.....	- 20 -
VI. COVID-19 en trabajadores de la salud	- 24 -
Orientaciones para las autoridades nacionales.....	- 27 -
Referencias	- 29 -

Contexto

El 31 de diciembre de 2019, la República Popular China notificó un grupo de casos de neumonía de etiología desconocida, identificados posteriormente el 9 de enero de 2020 como un nuevo coronavirus por el Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades. El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el actual brote como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). El 11 de febrero, la OMS nombró a la enfermedad COVID-19, abreviatura de "enfermedad por coronavirus 2019" (COVID-19) y el Comité Internacional sobre la Taxonomía de los Virus (ICTV por sus siglas en inglés) anunció "coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2)" como el nombre del nuevo virus que causa COVID-19. El 11 de marzo de 2020, COVID-19 fue declarada una pandemia por el Director General de la OMS¹. El 9 de julio de 2020 el Director General de la OMS anunció la puesta en marcha del Grupo independiente de preparación y respuesta frente a las pandemias, que evaluará de manera independiente y exhaustiva las enseñanzas extraídas de la respuesta sanitaria internacional a la COVID-19².

La octava reunión del Comité de Emergencias, convocada por el Director General de la OMS en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (2005) sobre la enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19), se celebró el miércoles 14 de julio de 2021. El Director General determinó que la pandemia de COVID-19 seguía constituyendo una ESPII, aceptó el asesoramiento del Comité a la OMS y lo remitió a los Estados parte como recomendaciones temporales en virtud del RSI, las cuales se encuentran disponibles en el siguiente enlace: <https://bit.ly/3z1qUHF>.

¹ Allocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/35y6oXB>

² Anuncio de la evaluación independiente de la respuesta mundial a COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/3blj4gC>

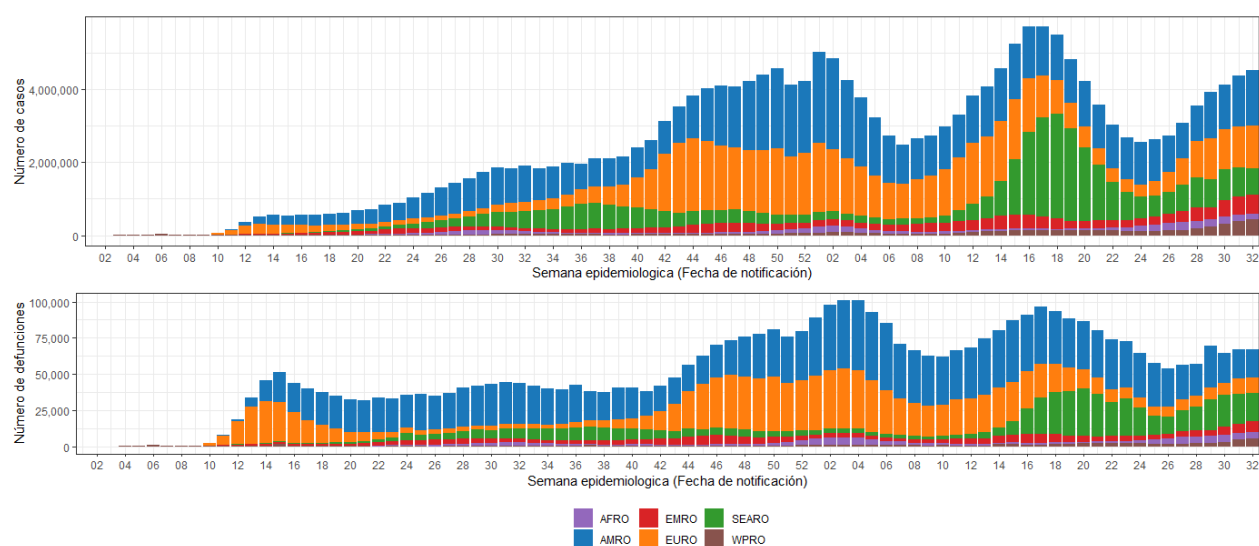
Resumen de la situación global

Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 hasta el 20 de agosto de 2021, se han notificado un total acumulado de 210.112.064 casos confirmados de COVID-19, incluidas 4.403.765 defunciones en todo el mundo, lo que representa un total de 19.784.373 casos confirmados adicionales y 310.801 defunciones adicionales desde la actualización epidemiológica de la OPS/OMS sobre COVID-19 publicada el 22 de julio de 2021.³

A nivel global los casos confirmados han aumentado en los últimos dos meses, con más de 4,4 millones de casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 32 (del 8 al 14 de agosto de 2021). Esta tendencia al alza se atribuye en gran parte al incremento de casos que se han registrado en la Región del Pacífico Occidental y la Región de las Américas, que notificaron aumentos del 14% y el 8%, respectivamente, en comparación con la semana anterior.

Todas las regiones, excepto la del Pacífico Occidental y la del Mediterráneo Oriental, notificaron esta semana un número de muertes similar o inferior al de la semana anterior.

Figura 1. Distribución de casos y defunciones confirmadas de COVID-19 por semana epidemiológica (SE) de notificación, a nivel global, por Región de la OMS. Hasta la SE 32, 2021.



Nota: AFRO: Oficina Regional de la OMS para África; AMRO: Oficina Regional de la OMS para las Américas; EMRO: Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental; EURO: Oficina Regional de la OMS para Europa; SEARO: Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; WPRO: Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental

Fuente: Datos Coronavirus (COVID-19) de la OMS reproducidos por OPS/OMS. Disponible en: <https://covid19.who.int/info/>. Accedido el 20 de agosto 2021.

³ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). 22 de julio de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3y5tZKX>

Resumen de la situación en la Región de las Américas

Entre enero de 2020, cuando se detectaron los primeros casos en la Región, hasta el 19 de agosto de 2021, se ha notificado un total acumulado de 81.227.027 casos confirmados de COVID-19, incluidas 2.065.162 defunciones, en los 56 países y territorios de la Región de las Américas.

Desde la actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 22 de julio de 2021 hasta el 19 de agosto de 2021, se han notificado 6.241.711 casos confirmados adicionales de COVID-19, incluidas 99.926 defunciones en la región de las Américas, lo que representa un aumento del 8% de los casos y del 5% de las defunciones.

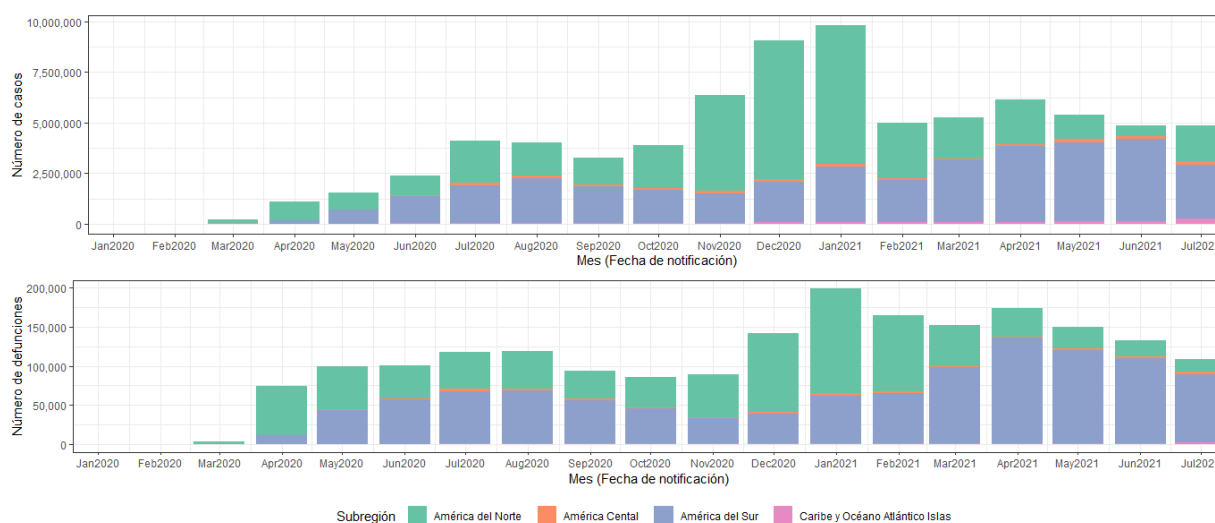
En 2021, entre el 1 de enero y el 31 de julio de 2021, se notificaron en las Américas un total de 41.307.985 casos confirmados, incluidas 1.082.956 defunciones, siendo las subregiones de América del Norte y América del Sur las que representaron las mayores proporciones de casos (41,9% y 54%, respectivamente), mientras que las subregiones de América Central y el Caribe y las Islas del Océano Atlántico representaron el 2,1% y el 2% de los casos, respectivamente.

Durante el mismo periodo, América del Sur representó el 61,9% de las defunciones notificadas, seguida de las subregiones de América del Norte (35,6%), América Central (1,6%) y las subregiones del Caribe y las Islas del Océano Atlántico (0,8%).

Entre enero y junio de 2021, mientras que los casos mensuales disminuyeron en la subregión de América del Norte (95% de disminución), en la subregión de América del Sur aumentaron (50%) alcanzando un pico de más de 4 millones de casos en junio. Desde entonces, las tendencias se han invertido en las dos subregiones, con un incremento de casos en América del Norte del 233% en comparación con los casos notificados en junio, y una tendencia al descenso en América del Sur, por primera vez

En julio de 2021, la subregión de América del Sur siguió representando la mayor proporción de casos (54,6%) y defunciones (79,8%) en la Región de las Américas, con un total de 2.659.777 casos y 109.010 defunciones notificadas (**Figura 2**).

Figura 2. Distribución de los casos confirmados de COVID-19 y defunciones, por subregión y mes de notificación. Región de las Américas, del 1 de marzo de 2020 al 31 de julio de 2021.



Fuente: Información compartida por los Centros Nacionales de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o publicada en los sitios web de los Ministerios de Salud, Agencias de Salud o similares y reproducidos por la OPS/OMS.

Aspectos destacados

I. Variantes de SARS-CoV-2

La aparición de mutaciones es un evento natural y esperado dentro del proceso de evolución de los virus. Desde la caracterización genómica inicial del SARS-CoV-2, este virus se ha dividido en diferentes grupos genéticos o clados. De hecho, algunas mutaciones específicas definen los grupos genéticos virales (también denominados linajes) que circulan actualmente a nivel global. Por diversos procesos de microevolución y presiones de selección, pueden aparecer algunas mutaciones adicionales, generando diferencias al interior de cada grupo genético (denominadas variantes). Es importante mencionar, que las denominaciones de clado, linaje, variante, etc., son arbitrarias y no corresponden a una jerarquía taxonómica oficial.

Desde la identificación inicial del SARS-CoV-2, hasta el 19 de agosto de 2021, se han compartido, a nivel mundial, más de 2.895.410 secuencias genómicas completas a través de bases de datos de acceso público.

Hasta el 19 de agosto de 2021, 54 países y territorios de las Américas han publicado en la plataforma GISAID 915.769 genomas del SARS-CoV-2, recolectados entre febrero 2020 y agosto 2021. Los países y territorios que han contribuido son: Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Belice, Bahamas, Barbados, Bermuda, Bolivia, Bonaire, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curazao, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guadalupe, Guatemala, Guyana Francesa, Guyana, Haití, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Jamaica, Martinica, México, Montserrat, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Saba, San Bartolomé, San Eustaquio, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Sint Maarten, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

El 25 de febrero de 2021, la OMS propuso definiciones operativas para las variantes de interés del SARS-CoV-2 (VOI, del inglés, variant of interest) y variantes de preocupación (VOC del inglés, variant of concern) y las acciones asociadas que la OMS tomará para apoyar a los Estados Miembros, sus institutos nacionales de salud pública y laboratorios de referencia, junto con las acciones recomendadas que deben tomar los Estados miembros. En el documento, se incluye la orientación general y no exhaustiva sobre la priorización de variantes de mayor relevancia para la salud pública en el contexto de una transmisión más amplia del SARS-CoV-2, y de los mecanismos de respuesta y de salud pública y las medidas de distanciamiento social establecidas. Las definiciones, serán revisadas periódicamente y actualizadas, según sea necesario. Información sobre variantes disponible en: <https://bit.ly/3gmGoEc>

El 31 de mayo de 2021, la OMS anunció nuevas denominaciones de las variantes de interés y variantes de preocupación que son fáciles de decir y de recordar que serán más fáciles de usar y más prácticas para los debates del público no científico.⁴ Las nuevas denominaciones se encuentran disponibles en: <https://bit.ly/2U0cwVS>

El listado de las variantes de SARS-CoV-2, de acuerdo con la clasificación de la OMS al 13 de agosto de 2021,⁵ se encuentra disponible en la **Tabla 1**.

⁴ OMS. Anuncio disponible en inglés en <https://bit.ly/3xaARqs>

⁵ OMS. Seguimiento de las variantes del SARS-CoV-2. Disponible en: <https://bit.ly/36Oo3d7>

Tabla 1. Variantes de preocupación (VOC) y variantes de interés (VOI), según clasificación de la OMS al 13 de agosto de 2021.

Clasificación OMS de las variantes de SARS-CoV-2	Denominación OMS	Linaje Pango	Primera detección
Variante de preocupación (VOC)	Alfa	B.1.1.7	Reino Unido
	Beta	B.1.351	Sudáfrica
		B.1.351.2	
		B.1.351.3	
Gamma	P.1	Brasil	
	P.1.1		
	P.1.2		
	P.1.4		
	P.1.6		
Delta	P.1.7	India	
	B.1.617.2		
	AY.1		
	AY.2		
	AY.3		
Variante de interés (VOI)	Eta	B.1.525	Múltiples países
		B.1.526	Estados Unidos de América
	Kappa	B.1.617.1	India
	Lambda	C.37	Perú

Fuente: OMS. Seguimiento de las variantes del SARS-CoV-2.¹⁰ Accedido el 18 de agosto de 2021.

A nivel global, se sigue observando un incremento en el número de países y territorios que han notificado variantes de preocupación y de interés (**Tabla 2**). Sin embargo, al analizar, ese incremento se debe tener en cuenta las limitaciones de los sistemas o mecanismos de vigilancia, la capacidad de los países y territorios para secuenciar las muestras y las diferencias en la selección de las muestras a secuenciar.

Tabla 2. Resumen de países/territorios que han notificado casos de las variantes de preocupación (VOC) al 20 de agosto de 2021.

	Denominación OMS			
	Alfa	Beta	Gamma	Delta
Número de países/territorios a nivel global que han notificado casos*	190	138	82	148
Número de países/territorios en las Américas que han notificado casos**	49	24	36	42

Nota:

* Los datos globales, corresponden a la Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 17 de agosto de 2021 por la OMS.⁶

** Actualizados al 20 de agosto de 2021.

Algunos de los países/territorios han notificado más de una variante (VOC).

Fuentes: OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 17 de agosto de 2021.⁵ Información compartida por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o publicada en los sitios web de los Ministerios de Salud, Agencias de Salud o similares y reproducidos por la OPS/OMS.

Desde abril de 2021, se ha observado un aumento exponencial global de las muestras de la VOC Delta. En julio de 2021, se observó un predominio global de VOC Delta en casi el 90% de las muestras de todo el mundo, incluidos los Estados Miembros de las Américas.

El 8 de agosto de 2021, la OPS/OMS publicó una actualización epidemiológica relacionada con el aumento de la VOC Delta y su potencial impacto en la Región de las Américas.⁷ En las Américas, hasta el 20 de agosto de 2021, 53 países/ territorios han notificado la detección de casos de las VOC, incluyendo cinco nuevos países/territorios (El Salvador, Islas Malvinas, las Islas vírgenes de los Estados Unidos, San Pedro y Miquelón y San Vicente y las Granadinas) en comparación con la actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 22 de julio de 2021 (**Tabla 3a-d**).³

Hasta el 20 de agosto de 2021, se han detectado las cuatro VOC en Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Curazao, los Estados Unidos de América, Guatemala, Guayana Francesa, Guadalupe, las Islas Caimán, Martinica, México, Panamá, Puerto Rico, Sint Maarten, Suriname y Uruguay.

Tabla 3a. Países y territorios de la subregión de América del Norte que han notificado variantes de preocupación al 20 de agosto de 2021.

País	Alfa	Beta	Gamma	Delta
Canadá	√	√	√	√
Estados Unidos de América	√	√	√	√
México	√	√	√	√

⁶ OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/3wyhibx>

⁷ Variantes de SARSCoV-2 en las Américas. 8 de agosto de 2021, Washington, D.C. Disponible en: <https://bit.ly/37ZyVpZ>

Tabla 3b. Países de la subregión de América Central que han notificado variantes de preocupación al 20 de agosto de 2021.

País	Alfa	Beta	Gamma	Delta
Belice	√		√*	√*
Costa Rica	√	√	√	√
El Salvador	√		√*	√*
Guatemala	√	√	√	√
Honduras	√			
Panamá	√	√	√	√*

Tabla 3c. Países y territorios de la subregión de América del Sur que han notificado variantes de preocupación al 20 de agosto de 2021.

País	Alfa	Beta	Gamma	Delta
Argentina	√	√	√	√
Brasil	√	√	√	√
Bolivia	√		√	
Chile	√	√	√	√
Colombia	√		√	√
Ecuador	√		√	√
Paraguay	√		√	√
Perú	√		√	√
Uruguay	√	√*	√	√*
Venezuela	√		√	√

Tabla 3d. Países y territorios de la subregión del Caribe y las Islas del Océano Atlántico que han notificado variantes de preocupación al 20 de agosto de 2021.

País/Territorio	Alfa	Beta	Gamma	Delta
Anguila	√			√
Antigua y Barbuda	√	√	√*	√*
Aruba	√	√	√	√
Bahamas	√			
Barbados	√		√	√
Bermuda	√	√		√*
Bonaire	√		√	√
Cuba	√	√		√*
Curazao	√	√*	√	√
Dominica	√			
Granada	√			√*
Guadalupe	√	√	√	√
Guayana Francesa	√	√	√	√
Guyana			√	
Haiti	√		√	
Islas Caimán	√	√	√	√*
Islas Malvinas	√*	√*		
Islas Turcas y Caicos	√		√	√
Islas Vírgenes Británicas	√		√	√*
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	√	√*		√*
Jamaica	√			√*
Martinica	√	√	√	√
Montserrat	√		√*	
Puerto Rico	√	√	√	√
República Dominicana	√		√	
Saba				√
San Bartolomé	√			
San Martín	√	√		
San Pedro y Miquelón				√*
Santa Lucía	√			√*
Sint Maarten	√	√	√	√
Suriname	√	√	√	√*
Trinidad y Tabago	√		√	√*

Nota:

Los datos son provisorios y sujetos a cambio, en la medida que los países y territorios hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

* La secuencia aún no está disponible en un repositorio internacional.

Fuente: Información compartida por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o publicada en los sitios web de los Ministerios de Salud, Agencias de Salud o similares y reproducidos por la OPS/OMS.

II. COVID-19 en adultos mayores (población de 60 años y más)

Algunos de los artículos publicados^{8,9,10} o pre publicados sobre el impacto de las campañas de vacunación contra la COVID-19, traen esperanza en alcanzar una disminución de las tasas de mortalidad y de hospitalización en Unidades de Tratamiento Intensivo (UTI) de la población de adultos mayores. No obstante, es importante considerar que las campañas de vacunación contra la COVID-19 no son suficientes por sí mismas para prevenir la transmisión del SARS-CoV-2, por lo cual se deben mantener las medidas de salud pública y de distanciamiento social acordes con la situación epidemiológica de cada país y territorio.

Según un estudio¹¹ en los **Estados Unidos de América** sobre la eficacia de las vacunas contra el COVID-19 (Pfizer-BioNTech, Moderna y Janssen) para prevenir las hospitalizaciones en adultos de 65 años y más, estas vacunas fueron muy eficaces para prevenir las hospitalizaciones en casos de COVID-19.

El estudio se realizó en una población de 7.280 sujetos de 65 años o más entre el 1 de febrero y el 30 de abril de 2021. El estudio estimó que la eficacia de la vacunación completa para prevenir las hospitalizaciones entre los adultos de 65 a 74 años se fue del 96% para Pfizer/BioNTech y Moderna, y del 84% para Janssen, mientras que la eficacia de la vacunación parcial para prevenir las hospitalizaciones en el mismo grupo de edad fue del 84% y el 91% para Pfizer/BioNTech y Moderna, respectivamente (Janssen sólo requiere una dosis, por lo que la vacunación parcial no es aplicable). Así mismo, en los adultos de 75 años y más, la eficacia de la vacunación completa en la prevención de la hospitalización se estimó en un 91%, 96% y 85% para Pfizer/BioNTech, Moderna y Janssen respectivamente, mientras que la eficacia de la vacunación parcial en la prevención de la hospitalización en el mismo grupo de edad fue del 66% y 82% para Pfizer/BioNTech y Moderna respectivamente.

En general, la eficacia de la vacunación completa con Pfizer-BioNTech y Moderna (vacunas de ARNm) fue $\geq 91\%$ y $\geq 84\%$ con Janssen entre los adultos de 65 años o más. Además, el análisis demostró que todas las vacunas contra la COVID-19 actualmente autorizadas en los Estados Unidos son altamente eficaces para prevenir las hospitalizaciones asociadas a la COVID-19 en adultos mayores. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el análisis se realizó antes del predominio de la VOC Delta y que la circulación de variantes de SARS-CoV-2 podría afectar la eficacia de la vacuna con el tiempo.

⁸ Cook TM, Roberts JV. Impact of vaccination by priority group on UK deaths, hospital admissions and intensive care admissions from COVID-19. <https://doi.org/10.1111/anae.15442>

⁹ Leshem E, Wilder-Smith A. COVID-19 vaccine impact in Israel and a way out of the pandemic. *Lancet*. 2021 May 5 doi: 10.1016/S0140-6736(21)01018-7 <https://bit.ly/3hk18xC>

¹⁰ Haas E, Angulo F, et al. Impact and effectiveness of mRNA BNT162b2 vaccine against SARS-CoV-2 infections and COVID-19 cases, hospitalizations, and deaths following a nationwide vaccination campaign in Israel: an observational study using national surveillance data. *The Lancet*, 2021, ISSN 0140-6736, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00947-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00947-8)

¹¹ Moline HL, Whitaker M, Deng L, et al. Effectiveness of COVID-19 Vaccines in Preventing Hospitalization Among Adults Aged ≥ 65 Years — COVID-NET, 13 States, February–April 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:1088-1093. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7032e3>

III. COVID-19 durante el embarazo

Si bien es cierto grupos de investigadores continúan avanzando en el proceso de generar conocimiento, que ayude a cerrar las brechas que existen relacionadas con el impacto de la infección por SARS-CoV-2 en el desenlace del embarazo, es necesario seguir registrando la información necesaria para contribuir a ese conocimiento.

Se espera que las campañas de vacunación contra la COVID-19, dirigidas a este grupo de la población, junto con las medidas de distanciamiento social, higiene de manos y el uso adecuado de mascarillas faciales contribuyan a mitigar la severidad y la mortalidad hasta ahora observada.

Desde la notificación de los primeros casos de COVID-19 en las Américas hasta el 20 de agosto de 2021, fueron notificadas 271.230 embarazadas positivas a SARS-CoV-2, incluyendo 2.619 defunciones (con una tasa de letalidad de 0,97%) en 30 países y territorios para los cuales se dispone de información.

Al comparar estos datos con los publicados en la Actualización epidemiológica de la Enfermedad por Coronavirus (COVID-19), publicada por la OPS/OMS el 22 de julio del 2021³ se tienen 12.871 casos adicionales y 244 defunciones adicionales. Usando el mismo periodo de comparación, el incremento relativo más alto en los casos confirmados acumulados ocurrió en Cuba (45%, 1,388 casos) y Bolivia (26%, 847 casos); en cuanto a las defunciones, el incremento relativo más alto se observó en Cuba (84%, 27 defunciones) y Paraguay (34%, 29 defunciones) (**Tabla 4**).

Tabla 4. COVID-19 durante el embarazo, por país. Región de las Américas, enero de 2020 - 20 de agosto* de 2021.

País/Territorio	Número de embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Número de defunciones entre embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Tasa de letalidad (%)
Anguila	2	N/D	N/D
Antigua y Barbuda	4	0	0,00
Argentina	20.832	190	0,91
Bahamas	101	1	0,99
Bolivia	3.263	31	0,95
Belice	315	2	0,63
Bermuda	11	0	0,00
Brasil †	13.840	1.189	8,59
Canadá	6.732	3	0,04
Chile	15.602	15	0,10
Colombia	15.593	158	1,01
Costa Rica	1.090	7	0,64
Cuba	3.067	32	1,04
Ecuador**	10.207	48	0,47
El Salvador**	272	9	3,31
Estados Unidos de América**	94.519	103	0,11
Guatemala**	1.217	12	0,99
Haití**	79	4	5,06
Honduras**	818	56	6,85
Islas Vírgenes Británicas	3	N/D	N/D
Islas Caimán	7	0	0,00
México &	21.369	413	1,93
Panamá &**	2.413	12	0,50
Paraguay &	2.109	85	4,03
Peru &	54.066	177	0,33
República Dominicana	1.195	45	3,77
Santa Lucía	29	0	0,00
Suriname	487	2	0,41
Uruguay	1.438	12	0,83
Venezuela	550	13	2,36
Total	271.230	2.619	0,97

Nota:

N/D: Datos no disponibles

& Corresponde a mujeres embarazadas y puérperas.

† La información presentada para Brasil corresponde a datos extraídos del Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica de la Gripe (SIVEP-Gripe).

* El 20 de agosto corresponde a la fecha del informe más reciente recibido por la OPS/OMS. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisorios y sujetos a cambio, en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

** Sin actualización de la información desde la publicación de la OPS/OMS del 22 de julio de 2021.³

Fuentes: Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer, y Reproductiva (CLAP/SMR). Información compartida por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o publicada en los sitios web de los Ministerios de Salud, Agencias de Salud o similares y reproducidos por la OPS/OMS.

Según los datos obtenidos de 23 países, en comparación con los datos notificados en 2020, se ha registrado un aumento tanto del número de casos como de defunciones entre las mujeres embarazadas positivas al SARS-CoV-2 (**Tabla 5**). Se ha observado un aumento desde enero hasta julio de 2021 y, en la mayoría de los países, el número de casos y defunciones notificados este año ha superado las cifras notificadas para todo el año 2020. Adicionalmente, la razón de mortalidad materna (RMM) en lo que va del año.

Tabla 5. Indicadores seleccionados de COVID-19 durante el embarazo en países de las Américas. Año 2020 y enero a julio 2021.

País	Año 2020			Enero - Julio 2021		
	Número de embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Número de defunciones entre embarazadas positivas a SARS-CoV-2	RMM*	Número de embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Número de defunciones entre embarazadas positivas a SARS-CoV-2	RMM*
Argentina&	8.793	41	5,5	12.039	149	19,9
Belice	181	2	24,8	131	0	0,0
Bolivia	955	31	12,5	1.461	N/D	N/D
Brasil	5.430	256	9,0	8.410	933	33,0
Canadá	2.911	1	0,3	3.821	2	0,5
Chile	6.599	2	0,9	9.003	13	13,7
Colombia	7.929	56	7,7	4.503	64	17,4
Costa Rica	335	3	5,1	755	7	N/D
Cuba	180	0	0,0	2.887	32	29,4
Ecuador	6.116	25	7,4	4.091	23	6,8
Estados Unidos	68.459	80	2,0	25.878	23	0,6
Guatemala	653	8	1,9	564	4	0,9
Haití	76	4	1,5	3	0	0,0
Honduras	508	15	7,2	310	41	19,6
México&	10.530	205	10,1	8.105	161	15,3
Panamá&	1.852	4	5,0	561	3	3,8
Paraguay&	599	1	0,7	1.289	55	38,4
Perú	40.818	81	14,3	11.951	87	15,5
República Dominicana	707	36	21,7	488	9	11,3
Santa Lucía	5	0	0,00	24	0	0,0
Suriname&	184	2	18,9	303	0	0,0
Uruguay	106	0	0,0	1.232	9	51,3
Venezuela	333	6	1,2	217	7	1,4

Nota:

N/D: Datos no disponibles

& Corresponde a mujeres embarazadas y puérperas

*RMM Razón de Mortalidad Materna, calculada sobre las defunciones de embarazadas (y en algunos casos se incluye puérperas) positivas a SARS-CoV-2

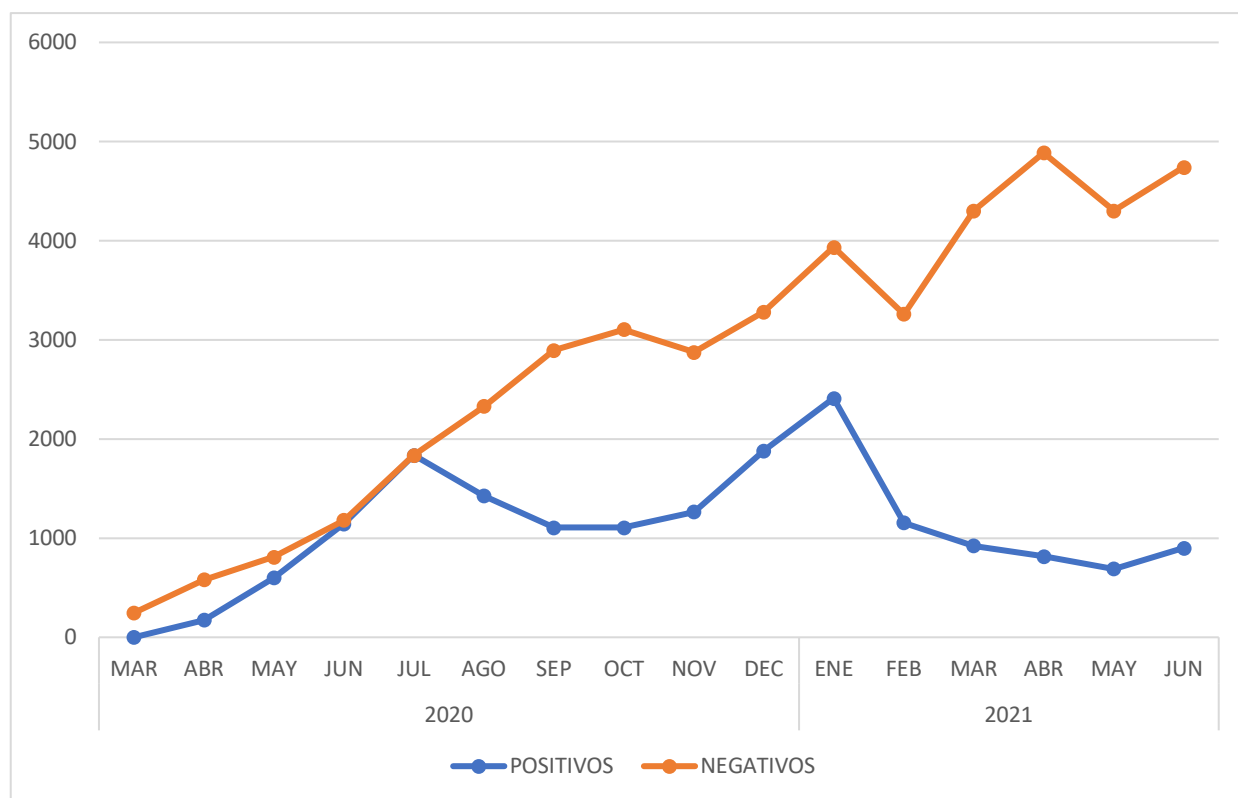
Fuentes: Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer, y Reproductiva (CLAP/SMR). Información compartida por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o publicada en los sitios web de los Ministerios de Salud, Agencias de Salud o similares y reproducidos por la OPS/OMS.

A continuación, se describe la situación epidemiológica en mujeres embarazadas y puérperas confirmadas para SARS-CoV-2 en **México**.

Desde junio de 2020 y hasta el 1 de agosto de 2021, se han notificado un total de 20.329 casos confirmados de COVID-19, incluidas 389 defunciones, entre mujeres embarazadas y puérperas, lo que supone una tasa de letalidad del 1,9%. Del total de casos notificados, el 91,1% eran mujeres embarazadas y el 8,9% eran puérperas.

Los casos alcanzaron un pico en enero de 2021, y tras un descenso de casos observado entre enero y mayo, se ha observado una tendencia al alza desde entonces (**Figura 3**). Del total de embarazadas positivas a COVID-19 de las que se disponía de datos (n=19.958), el 19,4% requirieron hospitalización actualmente 569 casos permanecen hospitalizados, de los cuales el 16,5% se encuentran en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Los casos presentan edades entre los 11 y los 49 años y el 47,6% se encuentra en el tercer trimestre de gestación.

Figura 3. Distribución de los casos positivos (confirmados) y negativos (sospechosos) de COVID-19 por fecha de inicio de los síntomas en México. Datos al 1 de agosto de 2021.



Fuente: Secretaría de Salud de México. Embarazadas y puérperas con sospecha de COVID-19, boletín epidemiológico semanal - Semana epidemiológica 30 de 2021.¹² Datos reproducidos por la OPS/OMS.

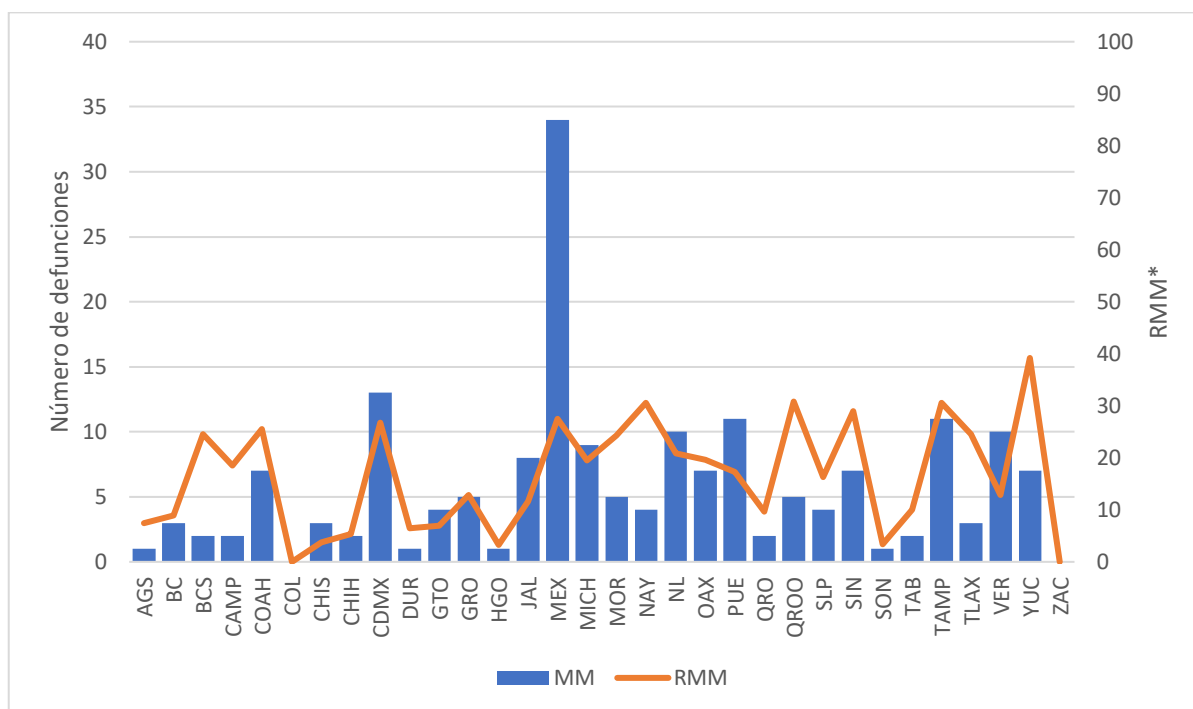
¹² Secretaría de Salud de México. Embarazadas y puérperas con sospecha de COVID-19, boletín epidemiológico semanal - Semana epidemiológica 30 de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3xWS72s>

El 5 de agosto de 2021, la Secretaría de Salud de México emitió un aviso epidemiológico¹³ debido al aumento de las muertes maternas asociadas a COVID-19 entre las mujeres embarazadas y puérperas, este aumento se observó desde la SE 27 de 2021 y ha generado un incremento de 7,1% en la razón de mortalidad materna (RMM) (16,4 defunciones por cada 100,000 recién nacidos vivos hasta la SE 30 de 2021) en comparación con la SE 26 de 2021 (15,3 defunciones por cada 100,000 recién nacidos vivos), convirtiendo al COVID-19 en la primera causa de muerte materna en México. Cabe destacar que a pesar de que la vacunación contra el COVID-19 está disponible para las mujeres embarazadas mayores de 18 años y con al menos 9 semanas de gestación desde mayo de 2021 en México, ninguna de las muertes maternas reportadas desde la SE 27 de 2021 tenía antecedentes de vacunación.

En cuanto a la distribución geográfica, las unidades federativas que reportaron el mayor número de casos acumulados dentro de esta población fueron la Ciudad de México (4.412), Guanajuato (1.262) y Nuevo León (1.235 casos). En relación con las defunciones, de los datos disponibles (n=184) para el año 2021, el Estado de México representa el 18% de las defunciones por COVID-19 reportadas en 2021. Mientras que la RMM en esta población se ubica en 16,4 defunciones por cada 100.000 nuevos nacidos vivos a nivel nacional en 2021, oscila entre 0 y 39,2 defunciones por cada 100.000 nuevos nacidos vivos a nivel subnacional; siendo la más alta la reportada en el estado de Yucatán (**Figura 4**).

¹³ Secretaría de Salud de México. Aviso Epidemiológico - COVID-19 durante el embarazo. Disponible en: <https://bit.ly/2XsvhD5>

Figura 4. Razón de mortalidad materna asociada a COVID-19 por estado en México 2021. Datos al 1 de agosto de 2021.



Nota:

*RMM: Razón de mortalidad materna por 100,000 recién nacidos vivos

AGS: Aguascalientes; BCS: Baja California Sur; COAH: Coahuila; CHIS: Chiapas; CDMX: Ciudad de México; GTO: Guanajuato; HGO: Hidalgo; MEX: México; MOR: Morelos; NL: Nuevo León; PUE: Puebla; QROO: Quintana Roo; SIN: Sinaloa; TAB: Tabasco; TLAX: Tlaxcala; YUC: Yucatán

Fuente: Secretaría de Salud de México. Mujeres embarazadas y púerperas con sospecha de COVID-19, boletín epidemiológico semanal - Semana epidemiológica 30 de 2021.² Datos reproducidos por la OPS/OMS.

Al analizar los datos por trimestre de gestación, se puede observar que, el 47,2% de los casos ocurrieron durante el tercer trimestre de gestación, mientras que, para las defunciones, la mayoría de las defunciones ocurrieron durante el puerperio (32,7%) y el tercer trimestre de gestación (32,4%). En cuanto a la demografía, la mayoría de los casos se notificaron en el grupo de mujeres de 25 a 29 años (29,2%), seguidas por el grupo de 30 a 34 años (23,3%), mientras que el 27% de las defunciones se notificaron en el grupo de 30 a 34 años, seguido por las de 35 a 39 años (23,5%).

IV. COVID-19 en pueblos indígenas

Desde enero de 2020 hasta el 20 de agosto de 2021, se notificaron 604.264 casos confirmados acumulados de COVID-19, incluidas 15,027 defunciones, en pueblos o comunidades indígenas de 18 países en las Américas para los cuales se dispone de información (**Tabla 7**), lo que incluye un ajuste retrospectivo para los casos y 381 defunciones adicionales con relación a la Actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 22 de julio de 2021.³ En este mismo periodo el mayor incremento relativo¹⁴ de casos se observó en Bolivia, con 35% (10.064 casos adicionales) y Venezuela con un incremento de 67% en defunciones (45 defunciones adicionales).

¹⁴ Los incrementos relativos pueden ser debidos a un retraso en la notificación.

Tabla 7. Número de casos y defunciones confirmadas acumulados por COVID-19 en pueblos indígenas de las Américas. Enero 2020 al 20 de agosto 2021*.

País	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Argentina	2.993	100
Belice	2.093	45
Bolivia	28.764	556
Brasil	52.425	785
Canadá	33.533	384
Chile	66.724	1.193
Colombia	68.716	1.975
Costa Rica	2.321	34
Ecuador**	5.832	216
Estados Unidos de América**	259.884	4.860
Guatemala**	18.924	676
Guyana**	95	6
México	21.046	3.253
Panamá**	5.807	102
Paraguay	482	56
Perú	30.720	670
Suriname	2.619	49
Venezuela	1.286	67
Total	604.264	15.027

Nota:

* El 20 de agosto 2021 corresponde a la fecha del informe más reciente recibido por la OPS/OMS. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisorios y sujetos a cambio, en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

** Sin actualización de la información desde la publicación de la OPS/OMS del 22 de julio de 2021³.

Fuente: Datos provistos por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional o publicados por los Ministerios de Salud, Institutos de Salud, Agencias de Salud, Organizaciones indígenas o similares y reproducidos por la OPS/OMS.

V. COVID-19 en población menor de 20 años

Desde el inicio de la pandemia se conoce que los niños, niñas y adolescentes tienen un menor riesgo de enfermarse y de morir por COVID-19 que otros grupos etarios. También se reconoce que los niños y adolescentes están siendo afectados principalmente por las medidas tomadas para controlar la transmisión del virus de la COVID 19. Estos efectos indirectos se refieren a las consecuencias negativas del cierre de las escuelas, las restricciones al movimiento de las personas que limita las oportunidades para el juego y las relaciones con familiares y amigos, la pérdida de trabajo e ingresos que además afectan la salud mental de los cuidadores y sus consiguientes efectos en las relaciones entre niños y sus cuidadores, y la

alteración en el funcionamiento de los servicios de salud y los de protección social, entre otros¹⁵.

La evidencia disponible hasta el momento sugiere que los niños y adolescentes serían menos susceptibles a la infección por SARS-CoV-2 y transmiten con menos frecuencia el virus que los adultos. Cuando adquieren la infección, son por lo general asintomáticos y cuando enferman, suelen tener enfermedad leve con síntomas semejantes a las enfermedades frecuentes en estas edades. Dentro del grupo de 0-19 años, los estudios sugieren que la susceptibilidad y transmisión son menores en los niños menores de 5 años que en los niños de mayor edad y adolescentes^{16,17,18,19,20}

Aunque se necesitan más estudios, algunos sugieren que los niños, como en el caso de los adultos, pueden presentar síntomas de larga duración relacionados con la infección por el SARS-CoV-2.^{21,22} Los resultados de un estudio de cohorte prospectivo en el que participaron niños entre 5 y 17 años de edad en el Reino Unido mostraron que, aunque la enfermedad suele ser breve y con poca carga en los niños, una pequeña proporción (<2%) presentó una enfermedad de larga duración tras la infección por el SARS-CoV-2.²³

A continuación, se presenta una breve actualización de las hospitalizaciones de niños y adolescentes en los **Estados Unidos**.

En Estados Unidos, la tasa de nuevos ingresos hospitalarios ha aumentado en todos los grupos etarios, la tasa más baja se sigue registrando entre los niños y los adolescentes (**Figura 5**). Sin embargo, en las últimas semanas se ha observado un fuerte aumento de las hospitalizaciones en este grupo de edad (<18 años) en Estados Unidos (**Figura 6**). Al analizar los datos por semana epidemiológica, se observa que la tasa de nuevos ingresos entre los <18 años ha mostrado una tendencia al alza desde la SE 27 de agosto. Dentro de este grupo de edad, entre los niños de 0 a 4 años, esta tendencia se observa desde la SE 25. Además, el grupo de edad de 0 a 4 años ha sido el que ha reportado el mayor incremento en las tasas de hospitalización semanal entre el SE 26 y el SE 31 de 2021 (**Figura 7**).

Figura 5. Nuevos ingresos de pacientes con COVID-19 confirmado por cada 100.000 habitantes por grupo de edad. Estados Unidos. De agosto de 2020 a 17 de agosto de 2021.

¹⁵ Grupo de las Naciones Unidas para el desarrollo sostenible. Resumen de políticas: El impacto de COVID-19 en los niños. Abril 2020. Disponible en: <https://bit.ly/2MYdL4O>

¹⁶ Gaythorpe, K. A., Bhatia, S., Mangal, T., et al. Children's role in the COVID-19 pandemic: a systematic review of early surveillance data on susceptibility, severity, and transmissibility. Imperial College London. 3–26. <https://doi.org/10.25561/84220>

¹⁷ Viner, R. M., Mytton, O. T., Bonell, C., et al. Susceptibility to SARS-CoV-2 Infection among Children and Adolescents Compared with Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Pediatrics*, 175(2), 143–156. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.4573>

¹⁸ Viner, R. M., Russell, S., Saullé, R., et al. Impacts of school closures on physical and mental health of children and young people: a systematic review.

MedRxiv, 2021.02.10.21251526. <https://doi.org/10.1101/2021.02.10.21251526>

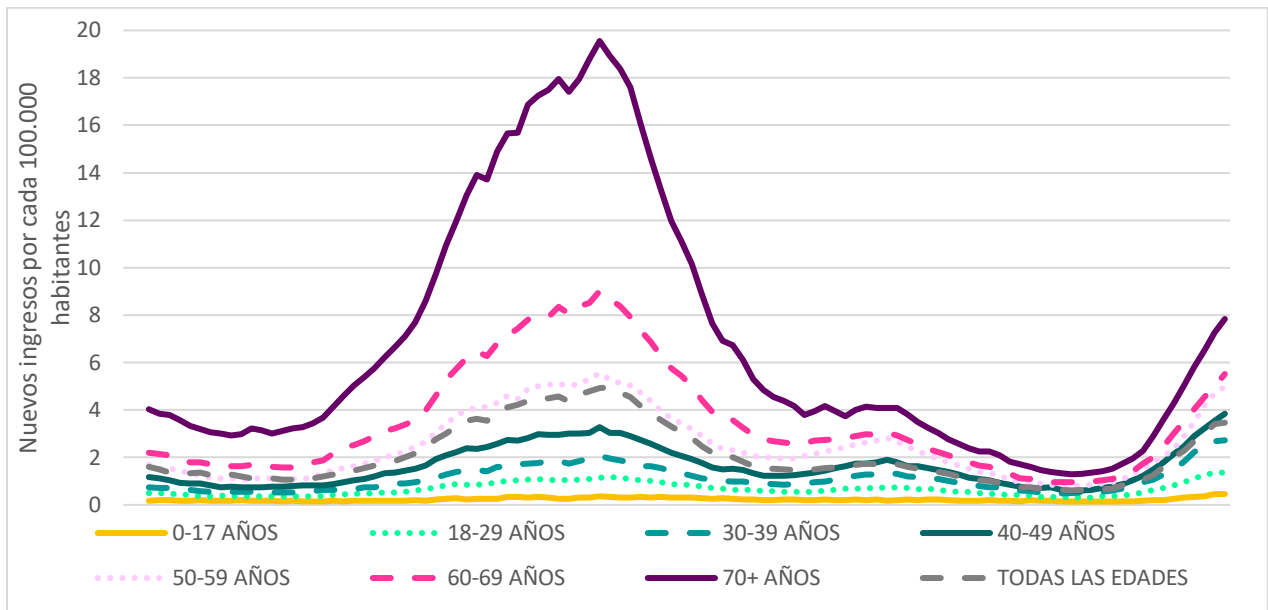
¹⁹ Davies, N.G., Klepac, P., Liu, Y., et al. Age-dependent effects in the transmission and control of COVID-19 epidemics. *Nat Med* 26, 1205–1211 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0962-9>

²⁰ Leidman E, Duca LM, Omura JD, Proia K, Stephens JW, Sauber-Schatz EK. COVID-19 Trends Among Persons Aged 0–24 Years — United States, March 1–December 12, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021; 70:88–94. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7003e1>

²¹ Buonsenso D, Munblit D, De Rose C, et al. Preliminary evidence on long COVID in children. *Acta Paediatr*. 2021;110(7):2208-2211. DOI: <https://doi.org/10.1111/apa.15870>

²² Brackel, L.H., Lap, C.R., Buddingh, E.P. et al. Pediatric long-COVID: An overlooked phenomenon? *Pediatric Pulmonology*, 2021 (56); 2495-2502. DOI: <https://doi.org/10.1111/apa.15870>

²³ Molteni, E., Sudre, C.H., Canas, L.S., et al. Illness duration and symptom profile in symptomatic UK school-aged children tested for SARS-CoV-2. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00198-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00198-X).



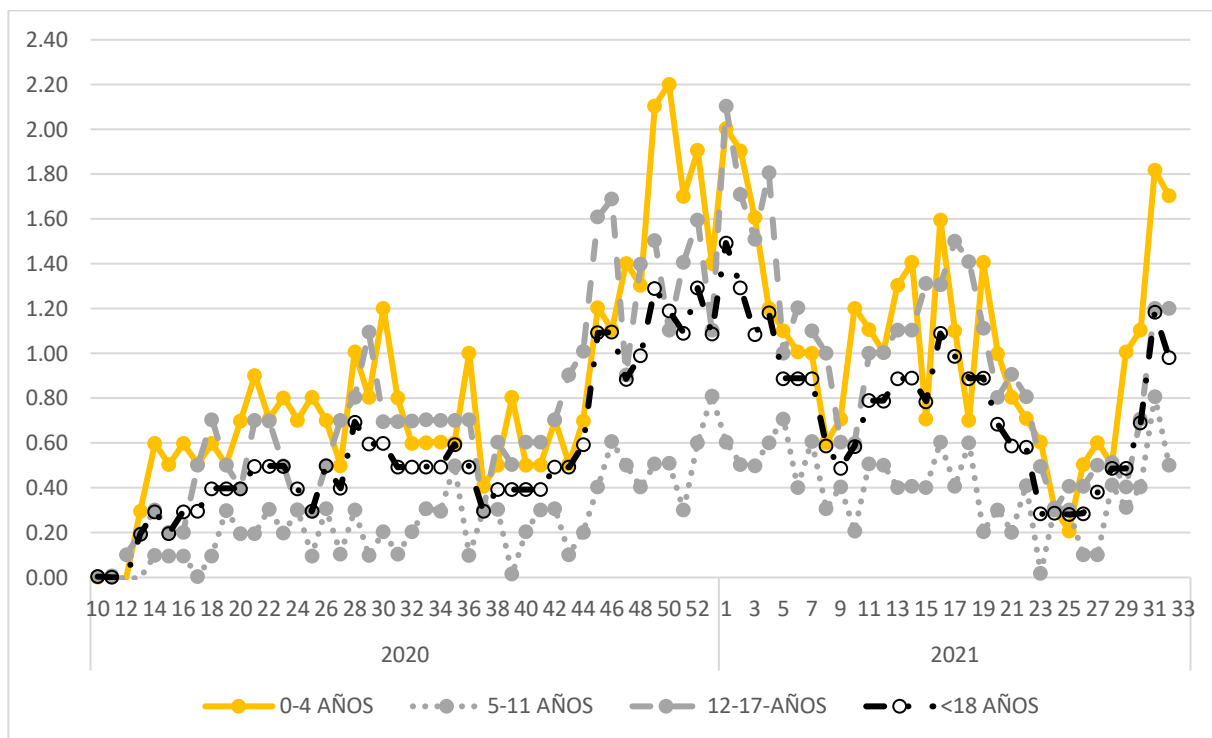
Fuente: CDC de Estados Unidos. COVID Data tracker - Nuevos ingresos hospitalarios. Consultado el 19 de agosto de 2021. Datos reproducidos por la OPS/OMS.

Figura 6. Nuevos ingresos de pacientes con COVID-19 confirmado por cada 100.000 habitantes entre <18 años. Estados Unidos. De agosto de 2020 a 17 de agosto de 2021.



Fuente: CDC de Estados Unidos. COVID Data tracker - Nuevos ingresos hospitalarios. Consultado el 19 de agosto de 2021. Datos reproducidos por la OPS/OMS.

Figura 7. Tasa semanal de nuevos ingresos de pacientes con COVID-19 confirmado por laboratorio por cada 100.000 habitantes entre <18 años, por grupo de edad. Estados Unidos. De marzo de 2020 al 14 de agosto de 2021.



Fuente: CDC de Estados Unidos. COVID-NET - Resumen semanal de los datos de hospitalización de los Estados Unidos COVID-19.²⁴ Consultado el 19 de agosto de 2021. Datos reproducidos por la OPS/OMS.

Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (SIM-P) que coincide cronológicamente con la COVID-19

A nivel global, diversos reportes y publicaciones científicas han descrito grupos de niños y adolescentes que requieren ingreso en unidades de cuidados intensivos debido a una afección inflamatoria multisistémica con algunas características similares a las de la enfermedad de Kawasaki y el síndrome de choque tóxico. A partir de la evidencia disponible, la Organización Mundial de la Salud ha brindado la definición de caso de este evento denominado síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes que coincide cronológicamente con la COVID-19, disponible en: <https://bit.ly/35DFncX>

Si bien es cierto el SIM-P es un evento raro, estos casos presentan importantes desafíos para los sistemas de salud y puede dar lugar a presentaciones clínicas graves y llegar a ser fatal.

En la región de las Américas, desde junio del 2020, la OPS/OMS inició la vigilancia activa de casos SIM, invitando a los Estados Miembros a compartir variables mínimas de vigilancia epidemiológica que permitan caracterizar el SIM-P en la región.

Desde mediados de mayo de 2020 al 20 de agosto de 2021, 24 países y territorios de la región de las Américas han notificado 7.030 casos confirmados acumulados de SIM-P, incluidas 138 defunciones (tasa de letalidad 2%) (**Tabla 8**). Durante este mismo periodo, 21 países y territorios han comunicado oficialmente a la OPS/OMS que no han detectado casos de SIM-P.

²⁴ CDC Estados Unidos. COVID-NET – A weekly summary of U.S. COVID-19 hospitalization data. Available at: <https://bit.ly/3D12Uw2>

Desde la actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 22 de julio de 2021³, al 20 de agosto de 2021, se registraron 349 casos y 3 defunciones adicionales.

En la medida que aumentan los casos de SIM-P, es importante que cada país/territorio caracterice los casos²⁵ para comprender mejor la presentación clínica, la gravedad, el tratamiento y los resultados clínicos.

Tabla 8. Casos acumulados confirmados y defunciones de síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (SIM-P) que coincide cronológicamente con la COVID-19 en las Américas. Mayo 2020 a 20 de agosto 2021.

País/Territorio	Número de casos confirmados	Número de defunciones
Argentina	208	1
Barbados	2	1
Bolivia	1	1
Brasil	1196	73
Canadá	135	0
Chile	373	5
Colombia	10	5
Costa Rica	42	0
Cuba	4	0
Ecuador	29	0
El Salvador	19	0
Estados Unidos de América	4423	36
Guadalupe	6	0
Guatemala	2	0
Guayana Francesa	1	0
Honduras	3	0
Panamá	81	2
Paraguay	122	8
Perú	14	0
Puerto Rico	*	*
República Dominicana	133	6
San Martín	2	0
Trinidad y Tabago	29	0
Venezuela	195	0
Total	7,030	138

Nota:

* El 20 de agosto corresponde a la fecha del informe más reciente recibido por la OPS/OMS. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisorios y sujetos a cambio, en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

Según el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, los datos correspondientes a este país incluyen 52 jurisdicciones estadounidenses (incluidos 49 estados, la ciudad de Nueva York, Puerto Rico y Washington, DC). Disponible en: <https://bit.ly/2SrKBOj>

²⁵ Formulario para la notificación de casos, disponible en: <https://bit.ly/3jlbGww>

Fuente: Datos provistos por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional o publicados por los Ministerios de Salud, Institutos de Salud o agencias de salud similares y reproducidos por la OPS/OMS.

A continuación, se presenta una breve descripción de la situación epidemiológica de SIM-P en las Américas.

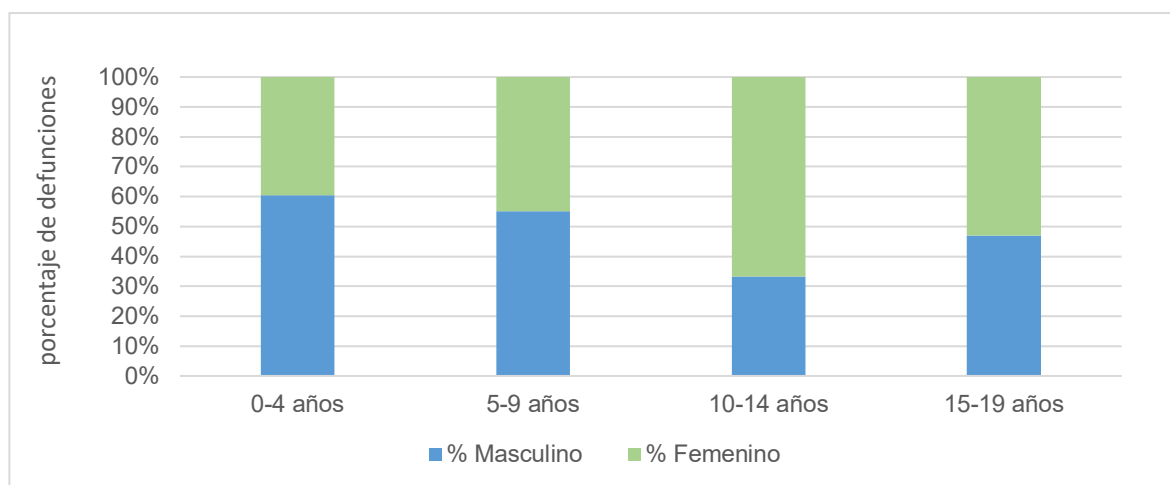
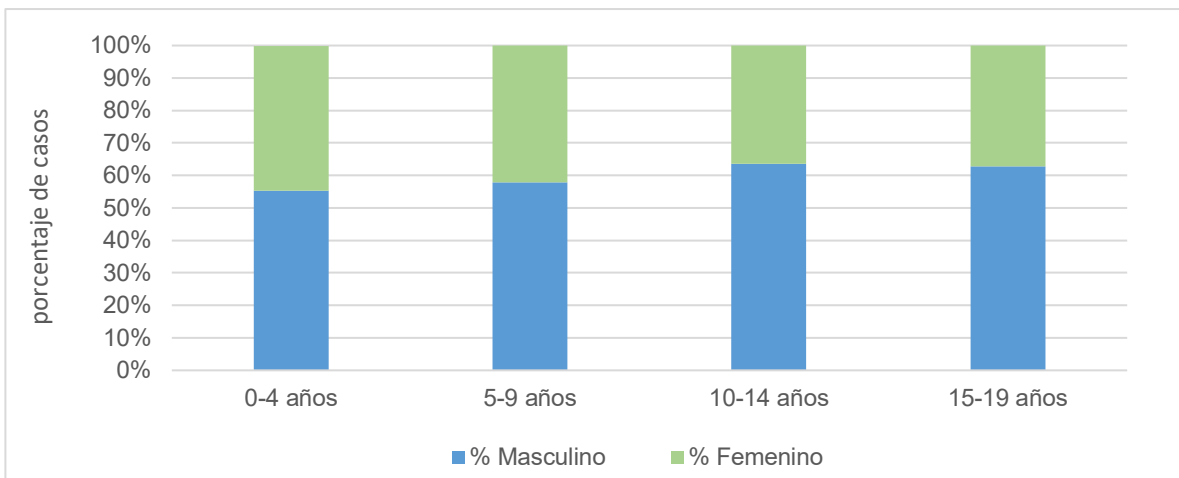
Del total de casos notificados, para los cuales se cuenta con datos sobre la edad y sexo (n=6.592), 30% tenían entre 0 a 4 años, 34% de 5 a 9 años, 26% de 10 a 14 años y 10% entre 15 a 19 años (los Estados Unidos de América incluye en este grupo etario las personas de 20 años). Con relación a la distribución por sexo, 59% de los casos son hombres.

Respecto de los casos con desenlace fatal, de los 136 casos para los cuales se cuenta con datos sobre la edad y sexo se distribuyeron de la siguiente manera: 35% en el grupo etario de 0 a 4 años, 21% de 5 a 9 años, 20% de 10 a 14 años y 24% entre 15 a 19 años; el 51% de los casos fueron de sexo masculino.

Entre los casos por grupo de edad, la distribución por sexo generalmente se alinea con la distribución general por sexo (59% hombres, 41% mujeres) para los niños de 0 a 4 años (55% hombres, 45% mujeres) y de 5 a 9 años (58% hombres, 42% mujeres). Sin embargo, la brecha por sexo es marcadamente pronunciada entre los jóvenes de 10 a 14 años (64% hombres, 36% mujeres) y de 15 a 19 años (63% hombres, 37% mujeres), con aproximadamente dos tercios de los casos que ocurren entre hombres. **(Figura 8a)**

Con respecto a las defunciones por grupo de edad, la distribución por sexo solo se alinea con la distribución general por sexo (51% hombres, 49% mujeres) para los niños de 5 a 9 años (55% hombres, 45% mujeres). Entre los 0 a 4 años, la proporción de hombres es mayor (60% hombres, 40% mujeres), mientras que, a la inversa, entre 10 y 14 años (33% hombres, 67% mujeres) y 15 a 19 años (47% hombres, 53% mujeres), hay una mayor proporción entre las mujeres. **(Figura 8b)**. Los factores potenciales que contribuyen a estas diferencias merecen una mayor investigación y deben continuar siendo monitoreados.

Figura 8a-b. Porcentaje de casos confirmados y defunciones por síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (MIS-C) relacionados temporalmente con COVID-19 en la Región de las Américas, por grupo de edad y sexo. Mayo de 2020 al 20 de agosto de 2021*.



Nota:

* El 20 de agosto corresponde a la fecha del informe más reciente recibido por la OPS/OMS. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisionales y sujetos a cambio, en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

Según el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, los datos correspondientes a este país incluyen 52 jurisdicciones estadounidenses (incluidos 49 estados, la ciudad de Nueva York, Puerto Rico y Washington, DC). Disponible en: <https://bit.ly/2SrKBOj>

Fuente: Datos provistos por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional o publicados por los Ministerios de Salud, Institutos de Salud o agencias de salud similares y reproducidos por la OPS/OMS.

VI. COVID-19 en trabajadores de la salud

Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 en las Américas hasta el 20 de agosto, se han notificado al menos 1.792.212 casos, incluidas 10.302 defunciones, de acuerdo con la información disponible de 39 países y territorios de las Américas (**Tabla 9**). Estos datos incluyen 28,897 casos y 24 defunciones adicionales desde la actualización epidemiológica del 22 de julio de 2021.³ El total representa 12% del personal de salud total, estimado en 15 millones.²⁶

²⁶ OPS/OMS Rueda de prensa semanal sobre la COVID-19. Palabras de apertura de la directora, 12 de mayo de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3uEhbKC>

Tabla 9. Casos y defunciones confirmados acumulados de COVID-19 en trabajadores de la salud de las Américas. Enero 2020 al 20 de agosto de 2021*.

País/Territorio	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Anguila	6	0
Antigua y Barbuda	44	2
Argentina	96.626	597
Aruba	254	0
Bahamas**	505	13
Belice	340	2
Bermuda**	49	0
Bolivia	27.791	357
Bonaire**	106	0
Brasil	503.238	703
Canadá	101.722	61
Chile	63.641	128
Colombia	65.081	322
Costa Rica	14.838	53
Curaçao**	439	0
Dominica	1	0
Ecuador	12.262	121
El Salvador**	6.609	72
Estados Unidos de América	515.527	1.691
Granada	1	0
Guatemala**	7.152	65
Haiti**	808	1
Honduras**	13.668	115
Islas Vírgenes Británicas	141	0
Islas Caimán**	24	0
Jamaica**	861	4
México£	244.711	4.084
Panamá**	8.663	112
Paraguay	17.364	153
Perú	73.079	1.399
República Dominicana	1.409	22
Santa Lucía	160	0
San Vicente y las Granadinas**	29	0
San Eustaquio**	8	0
Sint Maarten**	54	0
Suriname	1.722	3
Islas Turcas y Caicos	97	0
Uruguay	8.970	28
Venezuela	4.212	194
Total	1.792.212	10.302

Nota:* El 20 de agosto corresponde a la fecha del informe más reciente recibido por la OPS/OMS. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisionales y sujetos a cambio, en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

** Sin actualización de la información desde la publicación de la OPS/OMS del 22 de julio de 2021.³

£ La información que México presenta corresponde a la variable ocupación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Respiratoria Viral (SISVER). El análisis refleja los casos que refirieron desempeñar una ocupación relacionada a la salud. Es importante aclarar que la información recabada en SISVER no permite identificar si el contagio sucedió en el lugar de trabajo, en el hogar o la comunidad; tampoco establece si el personal de salud se encuentra laborando actualmente en una unidad de atención médica.

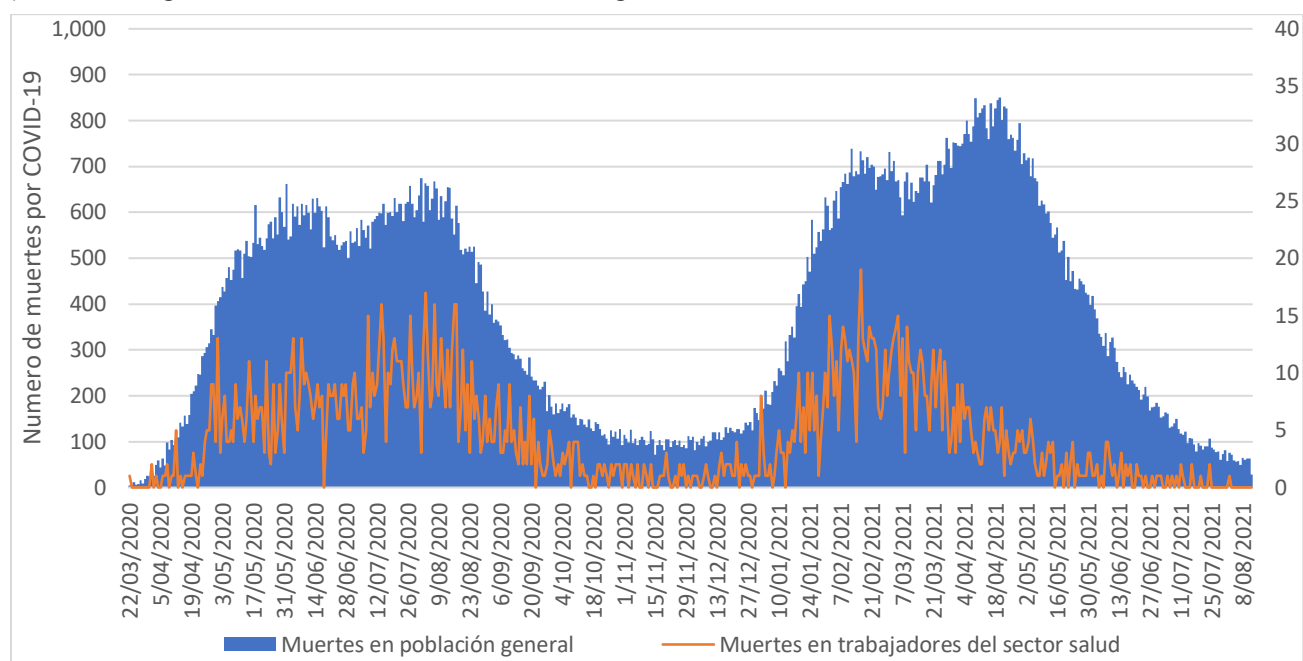
Fuente: Datos provistos por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional o publicados por los Ministerios de Salud, Institutos de Salud o agencias de salud similares y reproducidos por la OPS/OMS.

A continuación, se describe brevemente la situación epidemiológica en los trabajadores de la salud confirmados para COVID-19 en el **Perú**.

Desde el primer caso detectado²⁷ y hasta el 18 de agosto de 2021, se notificaron 74.079 casos confirmados de COVID-19 en los trabajadores de la salud en el Perú, de los cuales 6.456 requirieron hospitalización y 1.399 han fallecido.

La evolución de los casos y defunciones por COVID-19 entre los trabajadores de la salud ha seguido la tendencia observada en el país durante la mayor parte de 2020, sin embargo, el pico de casos observado en la población general fue en agosto de 2020 mientras que para los trabajadores de la salud fue en junio de 2020. En 2021, la disminución de la proporción tanto de casos como de defunciones en los trabajadores del sector salud coincide con el inicio de la campaña de vacunación contra el COVID-19 en febrero de 2021 y marzo de 2021 para la primera y segunda dosis, respectivamente. Cabe destacar que los trabajadores de la salud fueron un grupo de vacunación prioritario en Perú. Además, mientras que se presentó un aumento de las defunciones en la población general entre enero y finales de abril de 2021, las defunciones entre los trabajadores de la salud disminuyeron tras el inicio de la administración de la segunda dosis de la vacuna COVID-19 en marzo de 2021 (Figura 1).

Figura 8. Distribución de las defunciones por COVID-19 en los trabajadores de la salud y en la población general en Perú. Hasta el 12 de agosto de 2021.



Fuente: Ministerio de Salud de Perú. Sala situacional virtual de COVID-19 entre los trabajadores de la salud.²⁸ Accedido el 18 de agosto de 2021. Datos reproducidos por la OPS/OMS.

²⁷ 6 de marzo 2020


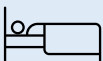





²⁸ Ministerio de Salud de Perú. Sala situacional virtual de COVID-19 entre los trabajadores de la salud. Disponible en: <https://bit.ly/3Zif4U>

Considerando el departamento de residencia, la mayoría de los casos (35.5%) y defunciones (41.5%) se notificaron en el departamento de Lima. Al analizar los datos por grupo ocupacional, se observa que el mayor número de casos (38.4%) se reportó entre los técnicos y auxiliares de enfermería, y las enfermeras (25.7%). En cuanto a las defunciones, la mayoría de ellas se presentaron en el grupo de los técnicos y auxiliares de enfermería (46%) y médicos (26.6%).

Orientaciones para las autoridades nacionales

La OPS/OMS sigue reiterando y actualizando las recomendaciones para apoyar a todos los Estados Miembros en las medidas de gestión y protección contra COVID-19 y reitera las recomendaciones contenidas en las Alerta y Actualizaciones epidemiológicas de la COVID-19 disponibles en: <https://bit.ly/3jFrDgf>

A continuación, se lista una serie de enlaces a guías, informes científicos y otros recursos publicados por la OPS/OMS y la OMS.

<p>Vigilancia, equipos de respuesta rápida e investigación de casos</p> 	<p>Manejo Clínico</p> 
<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/30zjmCj</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/33AsZCL</p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3li6wQB</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/3i8IJR</p>
<p>Laboratorio</p> 	<p>Prevención y control de infecciones</p> 
<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3d3TJ1g</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/2LgILNX</p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3d2ckuV</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/3oARxDH</p>
<p>Preparación crítica y respuesta</p> 	<p>Viajes, puntos de entrada y salud de fronteras</p> 
<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3ljWHBT</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/3i5rNN6</p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3ivDivW</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/3i5rNN6</p>
<p>Escuelas, lugares de trabajo y otras instituciones</p> 	<p>Otros recursos</p>
<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3d66iJO</p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/33zXgRQ</p>

Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: <https://bit.ly/2SyV6Mg> y <https://bit.ly/3i5rNN6>

Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: <https://bit.ly/2SyV6Mg> y <https://bit.ly/3i5rNN6>

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). 22 de julio de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3xYqdnh>
2. OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 17 de agosto de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3v6e0Mi>
3. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Argentina**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
4. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Belice**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
5. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Bolivia**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
6. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Brasil**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
7. Ministerio de Salud de **Brasil**. Disponible en: <https://bit.ly/3vb3JP2> y <https://bit.ly/2OnJAVg>
8. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Canadá**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
9. Gobierno de **Canadá**. Coronavirus (COVID-19) y comunidades indígenas. Disponible en: <https://bit.ly/2lhCEWq>
10. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Chile**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
11. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Colombia**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
12. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Costa Rica**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
13. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los **Estados Unidos** (U.S. CDC por sus siglas en inglés). COVID-19 durante el embarazo, disponible en: <https://bit.ly/2SWWyYT> y Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes disponible en <https://www.cdc.gov/mis-c/>
14. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Francia**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
15. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **México**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
16. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Países Bajos**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.

17. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Paraguay**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
18. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Perú**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
19. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **República Dominicana**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
20. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del **Reino Unido**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
21. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Santa Lucía**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
22. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Suriname**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
23. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Uruguay**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
24. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Venezuela**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.